

Lesão por Esforços Repetitivos e Formas de Atuação da Terapia Ocupacional

Márcia Alves de Siqueira

Aluna de Terapia Ocupacional da graduação da UFSCar e estagiária do C.R.S.T. - André Grabois em São Paulo, de abril a junho de 1995.

Simone M. F. P. Lima

Terapeuta Ocupacional do C.R.S.T. - André Grabois em São Paulo.

Resumo:

Este artigo objetiva ampliar o conhecimento sobre as Lesões por Esforços Repetitivos -L.E.Rs. dos profissionais interessados no assunto. Considerando-se esta proposta, será desenvolvido um breve histórico da L.E.R., seu conceito, suas formas clínicas, os sintomas, diagnóstico, suas causas e as perspectivas de intervenção na L.E.R., enfatizando-se a atuação da Terapia Ocupacional neste campo. Conclui-se que, as medidas preventivas, a detecção precoce da L.E.R. e a ampliação das pesquisas no meio acadêmico-científico, são condições essenciais para reverter este fenômeno social.

Palavras-chave: lesões por esforços repetitivos, conceito, atuação da terapia ocupacional

INTRODUÇÃO

Em 1700, na Itália, Bernardino Ramazzini, o “Pai da Medicina do Trabalho”, já correlacionava doenças com a ocupação dos trabalhadores. Após 1950, diversos

autores da literatura especializada já referiam-se à alta incidência dos distúrbios ortopédicos em membros superiores dos trabalhadores. Tais fatores indicam que a L.E.R. é um fenômeno antigo e não contemporâneo, como pode parecer.

Só em 1987, que o Ministério da Previdência Social - M.P.S. - reconheceu a existência de doença ocupacional, mas com o nome de “tenossinovite dos digitadores”. Como a doença ocupacional apresenta outras formas clínicas e pode ocorrer em outras categorias de trabalhadores, em 1993, o M.P.S. aprovou a denominação L.E.R. para as doenças ocupacionais (SÃO PAULO, 1994; COUTO, 1994).

CONCEITO - FORMAS CLÍNICAS

Define-se como L.E.R. as afecções que podem acometer tendões, sinóvias, nervos, fásCIAS e ligamentos isolados ou associados atingindo principalmente, mas não apenas, os membros superiores, região escapular e pescoço, resultando em dor, fadiga e declínio do desempenho profissional. Tem origem ocupacional, decorrente de forma combinada ou não de diversos fatores, como por exemplo: uso repetitivo de grupos musculares: manutenção de postura inadequada prolongada; manejo de movimentos ergonomicamente inadequados; concentração e tensão mental; temperatura; vibrações; outros (COUTO, 1994; SÃO PAULO, 1992).

Esta patologia apresenta algumas formas clínicas bem definidas e estudadas, como as tenossinovites, as compressões dos nervos periféricos, cisto sinovial, tendinites, doenças cervicobraquiais. Outras formas são representadas por quadros mal definidos, onde o paciente não apresenta sinal, mas a queixa é persistente e relacionada com a massa muscular ativa (que é utilizada durante a atividade) ou envolvida em tensão estática devido às posturas estáticas e/ou inadequadas (SÃO PAULO, 1992).

SINTOMAS - DIAGNÓSTICO

Os sintomas mais comuns da L.E.R. segundo Chatterjee seriam as dores, fraqueza, insensibilidade ou parestesia (PAULO, 1993).

De acordo com Galasso, a maior parte dos pacientes portadores de L.E.R. têm dificuldades para determinar com precisão a característica da dor, embora haja descrições como alfinetadas, incômodos e apertos. Galasso e Valencia mencionam que antes das alterações músculo-esqueléticas, existe uma fadiga muscular (PAULO, 1993).

Cordás e outros referem que certos aspectos da situação de trabalho podem gerar no indivíduo não só fadiga física, mas também uma fadiga mental (SATO, 1993).

Outros sintomas são descritos por Maeda, Nakaseko e Wares tais como vertigem, cefaléias, sensação de peso na cabeça, irritação, insônia, depressão (PAULO, 1993).

Segundo a resolução da Sec. de Estado da Saúde de S.Paulo, o diagnóstico desta patologia é essencialmente clínico e baseia-se na história clínica-ocupacional, no exame físico detalhado, nos exames complementares, quando justificados e na análise das condições de trabalho responsáveis pelo aparecimento da lesão (COUTO, 1994).

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Antes da Revolução Industrial o trabalhador era conhecedor de todas as etapas da produção de um determinado bem. Com a industrialização ocorreram profundas transformações no processo de produção. No

início do século, Taylor inicia uma nova fase da organização da produção, na qual o trabalhador aliena-se do conhecimento do todo e seus movimentos tornam-se repetitivos. Além disso, com o advento desta fase o tempo produtivo do trabalhador passa a ser valorizado quantitativamente (PAULO, 1993; GRAMSCI, 1974; SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE BRASÍLIA, 1991; COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994; GIANNASI, 1993).

Com a introdução do sistema de linha de montagem por Ford, também no início deste século, ocorreu uma intensificação da racionalização do trabalho onde a máquina seria controladora do tempo de produção do trabalhador (CARVALHO, 1984).

As discussões sobre as causas da L.E.R. recaem principalmente sobre a organização do trabalho. As recentes pesquisas atentam de forma mais abrangente para os fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho, tais como: posturas inadequadas geradas por mobiliários e equipamentos inadequados; iluminação deficiente ou excessiva; temperaturas extremas; espaços inadequados; circulação de ar prejudicada; ruídos excessivos; ritmo acelerado do trabalho; jornadas prolongadas do trabalho; trabalho físico pesado; tensões emocionais no trabalho (PAULO, 1993; GRAMSCI, 1974; SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE BRASÍLIA, 1991; COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994; GIANNASI, 1993).

Além das causas relacionadas com a organização e ambiente do trabalho existem outras ligadas às características pessoais do portador de L.E.R. Sato e outros descrevem que estes indivíduos em geral são “elétricos” e perfeccionistas, trabalhando em ritmo intenso e assumem muitas atividades sem delegá-las a outros (PAULO, 1993).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os dados estatísticos atuais no Brasil indicam que as L.E.Rs. acometem predominantemente pessoas jovens (20 a 39 anos), que podem ficar incapazes na época mais produtiva de suas vidas.

Quanto ao sexo existem divergências, apesar das citações referirem-se as L.E.Rs. como uma doença feminina.

Os dados também indicam que o ramo de atividade mais atingido é o dos digitadores, dentre outras categorias: telefonistas, atendentes de serviço, costureiras, escriturários, caixas, empacotadores, etc. (COUTO, 1994; SÃO PAULO, 1992; COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994).

PERSPECTIVAS DE INTERVENÇÃO

Como as L.E.Rs. afetam vários aspectos do indivíduo, seu tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, cuja proposta de conduta pode ser medicamentosa, ortopédica, terapêutica, psicossocial e cirúrgica. Tais propostas muitas vezes têm o caráter minimizador, mas nem sempre curativo. Porém, as medidas preventivas produziriam maior repercussão. Na prevenção participariam não só profissionais da saúde, mas também engenheiros, sindicalistas, membros da segurança da empresa e integrantes da comissão interna de prevenção de acidentes - C.I.P.A. Estes profissionais conscientizados da importância do seu papel enquanto agentes preventivos, poderiam promover a análise sistematizada da organização e ambiente do trabalho, e as modificações necessárias à saúde do trabalhador (CORDÁS, 1980; GRAMSCI, 1974; MULHER E SAÚDE, 1994; MACIEL, 1994; SALLES, 1991).

O terapeuta ocupacional tem intervindo tanto na prevenção quanto no tratamento da L.E.R., juntamente com a equipe multidisciplinar.

Na prevenção, a Terapia Ocupacional tem atuado nas vigilâncias ao ambiente de trabalho; orientando mudanças na organização do trabalho e propondo modificações ergonômicas no posto de trabalho (CORDÁS, 1980; GRAMSCI, 1974; MULER E SAÚDE, 1994; MACIEL, 1994; SALLES, 1991).

As vigilâncias são realizadas conjuntamente a uma equipe multidisciplinar, que apresenta formação semelhante no que se refere a compreensão dos aspectos que norteiam o ambiente de trabalho e suas correlações coletivas. Assim, o Terapeuta Ocupacional observa o meio de trabalho no qual o trabalhador está inserido e as implicações nas quais está submetido, isto é, fatores de risco que possam afetar sua saúde, como condições de temperatura, iluminação, mobiliários, equipamentos e ferramentas inapropriados ao desenvolvimento do trabalho.

O desempenho da atividade ocupacional também é analisado de forma pormenorizada, observando-se etapa por etapa a forma como o trabalhador a executa. Averigua-se então, se as posturas exigidas pela atividade estão adequadas ou se estão desfavoráveis àquela tarefa e sugestivas de provocarem futuras patologias ocupacionais, em decorrência das compressões, repetições e assimetrias nocivas ao equilíbrio postural.

Posterior à observação do ambiente de trabalho, todos os aspectos examinados são discutidos com a equipe e os encaminhamentos necessários providenciados. Estes encaminhamentos podem residir nas modificações concretas no ambiente de trabalho, como por exemplo troca dos equipamentos e

ferramentas, estabelecimento de ritmo de trabalho mais compatível ao trabalhador do que ao ritmo da produção, etc. Orientações coletivas são também objetivadas, visando melhor e maior compreensão do trabalhador sobre a organização do trabalho, propondo-se assim, que estes tenham maior domínio sobre o meio de trabalho onde estão inseridos.

O Terapeuta Ocupacional avalia sempre cada ambiente de trabalho de forma particular, visto que, os mesmos apresentam peculiaridades entre eles*.

Enquanto proposta de tratamento principiando-se pela avaliação, coletam-se dados pertinentes aos aspectos do trabalho, das condições físicas e emocionais do indivíduo. Analisando-se tais dados o tratamento deverá ser direcionado de forma a diminuir os efeitos causados pela patologia nestas várias esferas.

Neste sentido, sessões individuais ou em grupo são realizadas e diversas técnicas têm sido propostas visando possibilitar e facilitar o melhor desempenho da função global, dentre elas, os alongamentos suaves da musculatura afetada; utilização de órteses para repouso diurno ou noturno; conscientização corporal; orientações funcionais nas atividades diárias e práticas associadas às adaptações (de utensílios domésticos, ferramentas, mobiliários e máquinas) quando necessário, facilitando posturas adequadas e orientando o paciente quanto a conservação de energia durante a realização das atividades; biodança; relaxamento corporal (como por exemplo relaxamento de Jacobson e induzido) e grupos de qualidade de vida, que objetivam desenvolver discussões acerca da doença e da problemática psicossocial que a envolve. Nestes grupos as pessoas enfrentam juntas as dificuldades de

*Esta parte da prevenção é baseada no trabalho desenvolvido no C.R.S.T. - André Grabois em São Paulo.

sua condição de portadora de L.E.R.; refletem sobre as causas da doença, a influências desta em sua vida pessoal e profissional; expressam suas dúvidas, emoções e expectativas; buscam juntas saídas através de uma maior compreensão das situações em que se encontram. Além disso, no grupo os portadores de L.E.R. recebem informações clínicas e trabalhistas sobre a doença. (SÃO PAULO, 1994; PAULO, 1993; ASSUNÇÃO, 1993; MACIEL, 1994; LIMA, 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados epidemiológicos mostram que a população portadora de L.E.R. vem aumentando

significativamente nos últimos tempos, ocupando de forma relevante as estatísticas das doenças do trabalho. Investimentos nas áreas preventivas contribuiriam sensivelmente no sentido de deter o avanço da doença e seus agravos: seja mediante a conscientização no meio público, empresarial e trabalhista.

A precocidade no diagnóstico conduziria diretamente ao afastamento do ambiente nocivo de trabalho, permitindo então, respostas mais eficazes de recuperação, respaldadas por uma intervenção multidisciplinar.

No âmbito acadêmico-científico deveriam ser desenvolvidas mais pesquisas para compreender-se melhor as alterações fisiológicas que norteiam a doença e pesquisas mais amplas e profundas acerca da relação trabalho, saúde e doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSUNÇÃO, A.A. Lesões por Esforços Repetitivos: descrição de aspectos laboratoriais e clínicos em casos do ADP/UFMG. **R. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 21, n. 80, p. 13-22, out./nov./dez., 1993.
- CARDOSO, A.M. Ergonomia e produtividade. **R. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 12, n. 48, p. 61-62, out./nov./dez., 1984.
- COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE **Lesões por Esforços Repetitivos.** São Paulo, 1994.
- CORDÁS, T.A. e outros. Fadiga: revisão dos aspectos bioquímicos e diagnóstico laboratorial. **R. Bras. Ocup.** São Paulo, v.8, p. 46-49, out./dez. 1980.
- COUTO, H.A. A epidemia atual da tenossinovite e L.E.R. no Brasil. **Doenças profissionais - guia prático de tenossinovite e outras lesões de origem ocupacionais.** São Paulo: 1994. v. 1.
- COUTO, H.A. As tenossinovites e outras lesões por traumas cumulativos em diversas categorias profissionais. **Doenças profissionais - Guia**

- prático de tenossinovites e outras lesões de origem ocupacionais.** São Paulo: 1994. v. 1.
- GIANNASI, F. Construindo o mapa de risco do local de trabalho - um alerta aos trabalhadores. **Coleção: Saúde do trabalhador e meio ambiente.** São Paulo, 1993.
- GRAMSCI, A. Americanismo e Fordismo In: **Obras escolhidas.** Lisboa: Estampa, 1974. v. 2.
- LIMA, S.M.P.E.; TESHIMA, G. **Tratamento de terapia ocupacional nas Lesões por Esforços Repetitivos.** I Encontro Municipal de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais -COAS/ SMS. São Paulo, abr. 1995.
- MACIEL, R.H. **Ergonomia e Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.s.).** São Paulo, jul. 1994.
- MULHER E SAÚDE.** São Paulo, n. 07, nov. 1994.
- PAULO, M. A. R. **Lesões por Esforços Repetitivos.** Sec. Municipal de Saúde -Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Moóca. São Paulo, 1993.
- SALLES, M.M. Tenossinovite - doença ocupacional ou social. **R. Saúde,** v. 2, p. 96- 99, abr./jun. 1991.
- SÃO PAULO, Sec. de Estado da Saúde Programa de Saúde dos trabalhadores a Zona Norte. **Lesões por Esforços Repetitivos: Um Problema da Sociedade Brasileira.** São Paulo: 1994.
- SÃO PAULO. Sec. Estadual de Saúde Resolução 22 - 197, de 08 de jun. 1992. **Norma técnica-lesões por esforços repetitivos.** Sindicato dos Bancários de São Paulo, ago.1992.
- SATO, L. e outros. Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. **R. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo: v. 21, p. 49-59, jul.-set. 1993.
- SINDICATO DOS BANCÁRIOS DE BRASÍLIA. **Minhas mãos não me obedecem - guia de prevenção da tenossinovite.** Brasília, abr. 1991.
- SOARES, A.S. Informática: o mito da profissão do futuro. **R. Humanidade,** v. 4, n 15, 1987/1988.